

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JOSEPH PIGHEON

Né à Veyve-Mouton (Puy-de-Dôme), le 30 Octobre 1897

Travail de la Consultation de M. le Dr LE NOIR à l'Hôpital St-Antoine

LES

LOCALISATIONS EXTRA-ÉPIGASTRIQUES

DE LA

DOULEUR TARDIVE

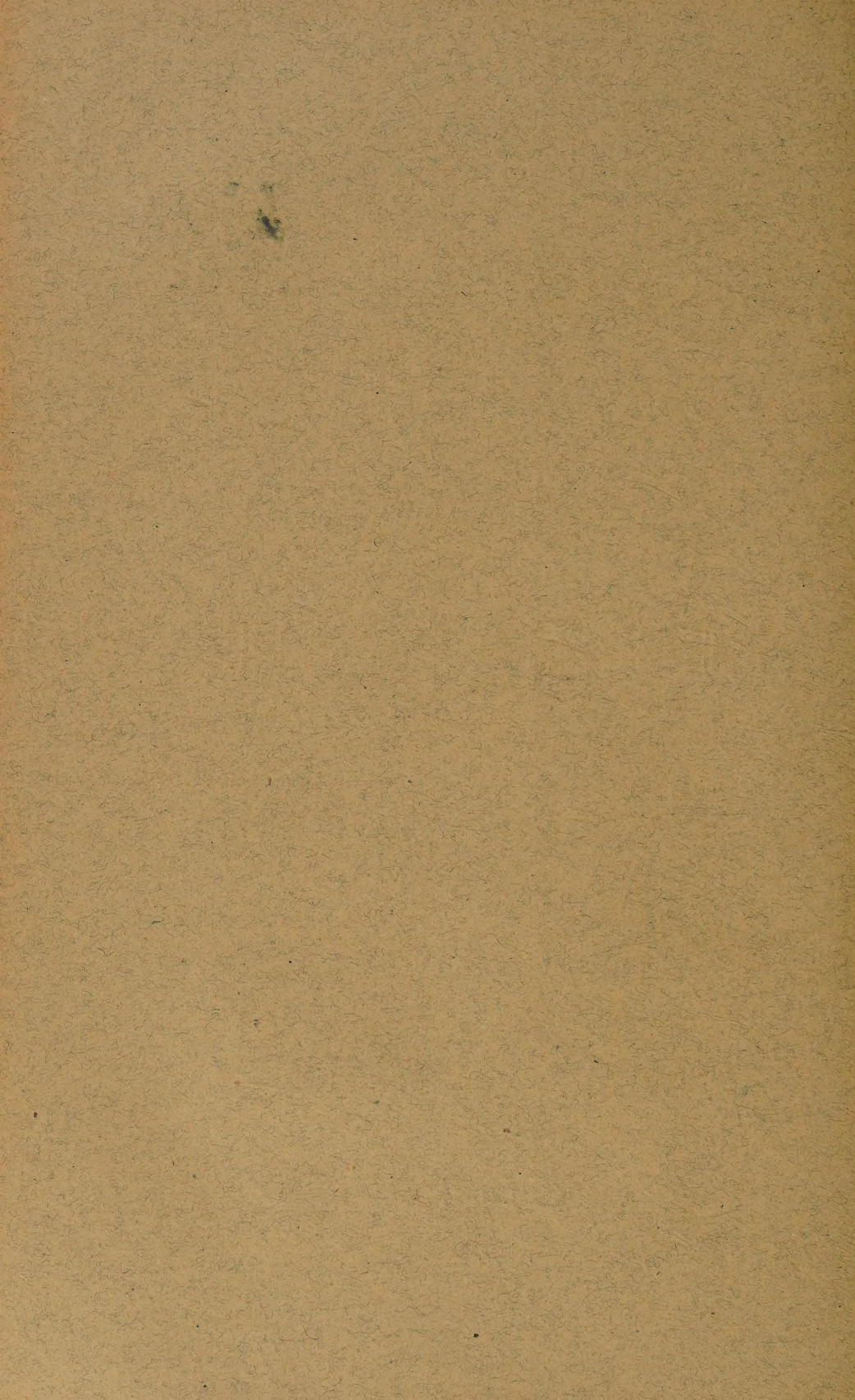
Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JOSEPH PIGHEON

Né à Veyve-Mouton (Puy-de-Dôme), le 30 Octobre 1897

Travail de la Consultation de M. le Dr LE NOIR à l'Hôpital St-Antoine

LES

LOCALISATIONS EXTRA-ÉPIGASTRIQUES

DE LA

DOULEUR TARDIVE

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	DEL BET.
Clinique des maladies infectieuses.	HARTMANN.
Clinique chirurgicale.	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
que propédeutique.	SERGENT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri). . . Chimie biologique.
ALGLAVE Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN Pathologie médicale	LE LORIER Obstétrique.
BASSET Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN Pathologie médicale.	LEMIERRE Pathologie médicale.
BINET Physiologie.	LÉVY-SOLAL Obstétrique.
BLANCHETIERE . . . Chimie biologique.	LHERMITTE Pathologie mentale.
BRANCA Histologie.	LIAN Pathologie médicale.
BRULÉ Pathologie médicale.	MATHIEU Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER Obstétrique.
CADENAT Pathologie chirurgi- cale	MOCQUOT Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY Histologie.	MONDOR Pathologie chirurgi- cale
CHIRAY Pathologie médicale.	MOURE Pathologie chirurgi- cale.
CLERC Pathologie médicale.	MULON Histologie.
DEBRÉ Hygiène	PHILIBERT Bactériologie.
I. de JONG Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE Pathologie médicale.
DUVOIR Médecine légale.	RICHET Fils Physiologie.
ÉCALLE Obstétrique.	ROUVIÈRE Anatomie.
FIESSINGER Pathologie médicale.	STROHL Physique médicale.
FOIX Pathologie médicale.	TANON Pathologie médicale.
GARNIER Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER Pathologie médicale.	VAUDESCAL Obstétrique.
HEITZ-BOYER Urologie.	VERNE Histologie.
HOVELACQUE Anatomie.	VILLARET Pathologie médicale.
JOYEUX Parasitologie.	WELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
CAMUS Physiologie.	RETTERER Histologie.
GOUGEROT Pathologie médicale.	ROUSSY Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT Obstétrique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale
LAISNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LOEPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail-les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

DU 233^e D'INFANTERIE

MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOPITAL BEAUJON

Hommages respectueux.

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

DES HOPITAUX DE PARIS

A M. LE DOCTEUR LE NOIR

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

*Hommage de respectueuse gratitude pour
la bienveillance avec laquelle il nous
accueillit.*

A M. LE DOCTEUR ROGER SAVIGNAC

ASSISTANT DE CONSULTATION A L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

*Qui nous montra le visage aimable de la
Science.*

*Il nous donna les éléments de ce travail
et nous guida dans sa rédaction.*

Hommage de profonde gratitude.

Historique de la douleur tardive

Toute dyspepsie se caractérise essentiellement par des troubles sensitifs subjectifs, et Lasègue a exprimé ce fait en un aphorisme devenu classique : « Pour être dyspeptique, il faut souffrir et se plaindre ». Aussi le terme de dyspepsie est-il admirablement compris de tous, et le malade qui souffre de l'estomac ou qui a des digestions pénibles, sait fort bien qu'il est un « dyspeptique ».

Cette universalité du mot n'est malheureusement pas l'indice d'une compréhension nette de la chose, et rien n'est moins exactement défini que cette catégorie pathologique où entrent des troubles si nombreux et si divers.

Mais, de cet ensemble confus, un symptôme se dégage avec une grande netteté de relief et d'expression : la douleur tardive.

Il fallut certes bien du temps et des observations et des recherches patientes pour faire de la douleur tardive ce qu'elle est aujourd'hui, une manifestation clinique ayant sa signification propre. Nous ne serons donc pas étonnés de voir Cruveilhier, à qui revient l'immense mérite de la découverte de « l'ulcère simple », jusqu'à lui confondu avec l'ulcération cancéreuse, s'attacher davantage à dé-

crire les caractères de la sensation douloureuse et sa localisation, que son rythme dans le temps.

On lit en effet dans le *Mémoire* de 1856 : Le caractère particulier des crises de douleurs, « c'est la circonscription de la douleur à une petite région, celle de l'appendice xyphoïde ; c'est le genre de douleur qui est tantôt une sensation de brûlure, tantôt celle d'une plaie vive... Cette douleur survient quelquefois immédiatement après l'ingestion des aliments, d'autres fois un quart d'heure, une demi-heure, trois ou quatre heures après le repas, et se prolonge d'ordinaire jusqu'à ce que la digestion stomacale soit accomplie et que la matière chymeuse ait passé tout entière dans le duodénum ».

Cependant, si Cruveilhier n'avait pas vu la signification toute spéciale de la douleur tardive dans l'ulcère de l'estomac, le « quelquefois » appliqué aux douleurs précoces dit assez qu'il ne faisait pas de ces douleurs précoces l'élément caractéristique du diagnostic de l'ulcère, comme devaient l'enseigner après lui Brinton, de même que les classiques français.

Ainsi les douleurs tardives ne sont-elles au début qu'un symptôme banal auquel on n'attache pas une importance plus grande qu'aux autres troubles dyspeptiques, et il faut arriver jusqu'aux travaux de Reichman et Riegel pour les voir étudiées et décrites à part. Ces auteurs en faisaient le signe le plus net de l'hyperchlorhydrie.

Bouveret parle de syndrome douloureux tardif et le rapporte à « trois affections qui procèdent de l'excès de la sécrétion, l'hyperchlorhydrie, l'hypersecretion perma-

nente et l'ulcère ». C'était aussi l'opinion de Mathieu, Robin et M. Hayem, à une époque où le chimisme gastrique régnait en maître.

Mais ce sont les travaux de MM. Soupault et Hartmann qui devaient dégager les douleurs tardives d'une définition clinique indécise en leur donnant leur signification pathogénique. Les premiers, ils établissaient que les douleurs tardives sont dues à des « accidents de spasme pylorique » et ils créaient la notion de « syndrome pylorique ».

Quelques années plus tard, les chirurgiens anglosaxons, les frères Mayo, de Rochester ; Moynihan, de Leeds, et Mayo Robson, de Londres, faisaient de la douleur tardive et d'une de ses formes, la « hunger pain », le signe pathognomonique de l'ulcère duodénal. Leurs idées furent présentées par MM. Ricard et Pauchet à ce fameux Congrès de chirurgie de 1910, où A. Mathieu défendit la théorie française et montra que la conception américaine était trop artificielle pour valoir en clinique. Cette conception de l'ulcère duodénal était en effet exclusivement basée sur la situation d'une veinule, la « veine pylorique », et englobait dans une définition unique, des ulcères juxta-pyloriques et des ulcères du duodénum siégeant loin du pylore, dont l'expression symptomatique ainsi que l'évolution, diffèrent notablement.

La notion du syndrome pylorique, telle que l'ont établie MM. Soupault et Hartmann, est actuellement admise par tous et elle a fait de la douleur tardive un symptôme d'une grande valeur diagnostique, tant à cause de sa signification précise que de sa netteté d'expression.

Caractères de la douleur tardive

La douleur tardive n'est plus actuellement pour nous un symptôme banal de dyspepsie, c'est une manifestation qui a une physionomie et une signification propres.

C'est d'abord son horaire qui donne à la douleur tardive son trait le plus net et son caractère distinctif. Comme son nom l'indique, cette douleur survient, ou au moins atteint son maximum, tardivement après le repas, et cette définition implique en même temps que la notion de rythme dans le temps, celle de la dépendance étroite dans laquelle se trouve la douleur par rapport à l'acte digestif. Ce caractère tardif de la douleur est de beaucoup le plus important, car il permet à lui seul de reconnaître le syndrome pylorique dans ses manifestations les plus atypiques. Pas de syndrome pylorique sans douleur tardive, pas de douleur tardive sans spasme pylorique. Nous reviendrons sur cette notion d'un intérêt capital.

Un fait qui semble, *a priori*, curieux et qui n'est que le corollaire du précédent, c'est la sédation presque immédiate de la douleur tardive par l'ingestion d'aliments, d'alcalins, ou par le vomissement.

Cette douleur, qui est causée par le repas et qui n'apparaît que tardivement après lui, doit, pour être logique,

disparaître à une nouvelle ingestion, ou au rejet par vomissement du repas qui l'a engendrée, et elle n'y manque pas. Les alcalins ou un simple pyrosis agissent dans le même sens.

Horaire et sédation par les aliments ou les alcalins, voilà les deux caractères essentiels de la douleur tardive.

Le siège de la douleur tardive est ordinairement l'épigastre, d'où partent des irradiations variées. Certaines de ces irradiations possèdent, du fait de leur constance, une réelle valeur diagnostique. L'irradiation dorsale de la douleur en broche (dernières vertèbres dorsales et premières lombaires) est une présomption de lésion de la petite courbure ou de la face postérieure de l'estomac. La douleur sous-costale gauche avec irradiation aux espaces intercostaux du même côté, indique habituellement une lésion médio-gastrique. L'irradiation douloureuse à droite, vers la région sous-hépatique et la base du thorax, est un bon signe d'ulcère duodénal.

La douleur subjective est toujours accompagnée d'une douleur objective de la même région. Pour Soupault, cependant, cette douleur objective ne serait pas constante.

Enfin, et ce n'est pas le moindre des caractères du syndrome, tous ces détails sont indiqués avec netteté par le malade. Autant sont vagues les plaintes des dyspeptiques à douleurs précoces, autant sont précises les indications d'horaire, d'intensité, de localisation et d'irradiation, données par le malade qui souffre de douleurs tardives. Il n'est même pas besoin, bien souvent, de l'interroger, il n'y a qu'à le laisser parler, pour qu'il

décrive avec une exactitude rigoureuse la douleur tardive la mieux définie :

Tels sont les caractères de la douleur tardive. Mais quel est le mécanisme de cette douleur ?

Ce fut, nous l'avons dit, le grand mérite de MM. Soupault et Hartmann, de montrer que la douleur tardive est due à un vice de fonctionnement du sphincter pylorique. La douleur tardive n'est pas, en effet, la signature d'une lésion déterminée. Elle ne signifie pas plus ulcus que gastrite, et dyspepsie primitive que dyspepsie secondaire ; elle dit : spasme du pylore. MM. Binet et G. Durand, examinant à l'écran radioscopique des malades souffrant de douleurs tardives, ont constaté que le paroxysme douloureux coïncidait avec le « ralentissement ou l'arrêt de l'évacuation stomacale », accompagné parfois d'« un état de spasme total et permanent de l'estomac » et même de « contractions profondes, étendues et fréquentes ».

Ainsi la douleur tardive est bien une douleur musculaire, crampe du sphincter pylorique, voire souffrance du muscle gastrique tout entier, spasmé ou se contractant sur un contenu qui ne peut s'évacuer. Ceci, d'ailleurs, n'est pas un phénomène isolé, car, comme le font remarquer MM. Le Noir et Agasse Lafont, « l'estomac, organe creux, à paroi musculaire, obéit aux mêmes lois que tous les viscères analogues : vessie, utérus, dont la muqueuse est peu sensible et la couche musculaire douée d'une sensibilité marquée ».

Toutes les causes capables d'engendrer le spasme

pylorique, se traduiront par des douleurs tardives. Ces causes peuvent être rangées en deux catégories :

1^o Lésion gastrique provoquant le spasme réflexe par irritation locale, dyspepsie hypersthénique, gastrite chronique, hyperchlorhydrie éliminatrice des néphrites chlorurémiques et surtout ulcus ;

2^o Trouble dynamique d'origine périphérique (dyspepsies secondaires, en particulier lithiase biliaire et appendicite) et même d'origine centrale. La sédation par le bromure, de crises douloureuses tardives ayant duré plusieurs années, suffit à démontrer l'existence de ces spasmes pyloriques essentiels.

Ces causes ne sont pas les seules qui interviennent dans la production du spasme et d'autres éléments se surajoutent à celles-ci : hyperchlorhydrie, inflammation, hyperesthésie de la muqueuse ou du plexus solaire, sensibilité musculaire qui facilitent la production du réflexe.

C'est cependant un phénomène curieux que ce déclanchement tardif du spasme. Il peut s'expliquer par différentes raisons. Vers la fin de la digestion, le chyme plus concentré franchit le pylore à frottement dur ; d'autre part, la muqueuse stomacale est irritée et congestionnée ; enfin, les contractions du pylore sont aussi, et c'est un phénomène normal, plus énergiques à cette phase avancée de la digestion.

La localisation dans le temps et dans l'espace de la douleur tardive

Nous avons vu que le caractère primordial, essentiel de la douleur tardive, était d'être tardive. Certes, elle le doit, sous peine de manquer à son nom et de n'être plus elle-même. Mais il n'y a point là simple jeu de mots. La douleur tardive n'est pas une manifestation clinique isolée pour des raisons arbitraires ou conventionnelles, elle répond à un phénomène organique qui est le spasme pylorique. Il n'est donc pas indifférent de voir si la douleur tardive ne peut pas se présenter avec une physionomie autre que celle que nous lui connaissons. A la localisation dans le temps qui est déterminée par le caractère tardif, est ordinairement associée la localisation dans l'espace, et qui dit douleur tardive dit en même temps douleur épigastrique. Or, de ces deux localisations, seule la localisation dans le temps a une valeur absolue, et si la localisation épigastrique est vraie le plus généralement, il suffit qu'elle ne le soit pas toujours pour que lui soit déniée toute valeur de critérium.

Il est, en effet, des cas où le syndrome tardif se traduit

uniquement par des douleurs siégeant en dehors et assez loin de la région épigastrique. Et il n'est pas question ici d'irradiations d'une douleur épigastrique plus ou moins nettement perçue, mais bien de douleurs primitives, à siège extra-épigastrique, survenant en l'absence de toute douleur épigastrique, et n'affectant aucun rapport d'irradiation avec l'épigastre.

Ces localisations anormales ont une grande importance diagnostique. Elles signifient que toute douleur, quel que soit son siège, est l'indice d'un trouble pylorique si elle est à caractère tardif. Ils ne nous semble pas, cependant, que jusqu'à ces dernières années, on leur ait accordé l'attention qu'elles méritent.

Dès 1885, il est vrai, MM. Chantemesse et Le Noir décrivaient des névralgies bilatérales thoraciques, cervicales, voire abdominales, en rapport avec des troubles dyspeptiques, et écrivaient : « Les accès ne sont pas toujours en rapport immédiat avec une digestion pénible ; mais quand ils surviennent, il est rare que l'on n'obtienne pas du malade l'aveu que la veille, ou deux jours avant, il a souffert un peu de l'estomac. Le plus souvent la dyspepsie est si légère que le malade habitué à sa peine depuis longtemps, n'en parle pas, et la considère comme l'état normal ». Il ne s'agissait donc pas là de douleurs spécifiquement tardives, mais de douleurs extra-épigastriques, prédominantes parfois par leur intensité, mais toujours accompagnées de troubles gastriques.

Soupault, en 1906, signalait les localisations anormales des douleurs gastriques en général : « Pour terminer ce

qui a trait aux irradiations de la gastralgie, signalons, ce qui semble paradoxal, que parfois celle-ci n'est pas ressentie au creux épigastrique, mais ne se manifeste qu'en un point plus ou moins éloigné dans le dos, dans le thorax ou dans l'abdomen. Ces faits, assez rares d'ailleurs, ne peuvent être dépistés que par un examen minutieux des malades et donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic ».

Peu après, M. J.-Ch. Roux mentionnait de semblables anomalies de la douleur tardive : « Parfois on n'observe qu'un retentissement très éloigné et imprévu de l'irradiation à l'estomac. La douleur gastrique manque complètement ; le malade ne se plaint que de douleurs thoraciques, d'une céphalée, de palpitations survenant à l'heure habituelle des douleurs tardives ; il n'existe parfois qu'un malaise indéfinissable. L'horaire des accidents fait reconnaître leur origine, et leur disparition par un traitement gastrique confirme le diagnostic ».

MM. Le Noir et Agasse Lafont (Nouveau Traité de Médecine), signalent également chez les dyspeptiques « des douleurs diverses, concomitantes ou non » aux douleurs gastriques.

Mais c'est à M. G. Leven que revient plus spécialement le mérite d'avoir traité avec l'ampleur qu'elle demande, cette question des anomalies de localisation. Car si l'exception n'est pas à proprement parler une confirmation de la règle, du moins permet-elle d'en éclairer la compréhension et d'en définir exactement la portée. Qu'on nous permette une citation un peu longue : « La dyspepsie est l'irritation du plexus solaire consciente ou

non. Tantôt, en effet, cette hyperesthésie s'accuse par des manifestations douloureuses, le malade « sent son estomac », il a des pesanteurs, des brûlures, des crises violentes, etc... Tantôt cette irritation solaire est inconsciente, le malade ne percevant plus aucune manifestation gastrique. L'estomac ne réagit plus ; l'excitation du centre solaire semble épuisée à cause de l'ancienneté de cette excitation ; le malade paraît supporter tous les écarts alimentaires ; il digère des cailloux, vous dit-il, quand vous l'interrogez. Or, cette réponse doit vous instruire et vous apprendre que les réactions morbides ne sont plus au niveau du plexus solaire, mais dans des centres nerveux souvent lointains, auxquels l'irritation s'est transmise. Ce sont des névralgies intercostales, des crises douloureuses vésicales, des insomnies qui vous feront dire, lorsque vous connaissez le passé dyspeptique du malade, que les réactions extra-gastriques de la dyspepsie persistent seules. Si vous méconnaissiez les liens qui unissent ces névralgies, ces accès de cystalgie, ces insomnies à la dyspepsie préexistante ou mieux existante en puissance et inconsciente, votre thérapeutique ne sera pas opportune et vous ne traiterez pas le mal dans sa cause ».

Comme on le voit, si les manifestations à distance de la souffrance gastrique sont connues, du moins n'ont-elles guère attiré l'attention dans le cas particulier du syndrome tardif. Les observations qui suivent nous montreront quelques exemples de ces douleurs extra-épigastriques à horaire tardif survenant en l'absence de toute

manifestation gastrique et même de tout antécédent dys-peptique caractérisé.

Ces observations, nous les devons à l'extrême obligeance de M. le Docteur Savignac, qui a bien voulu les tirer pour nous de sa collection personnelle. Il a été pour nous l'initiateur et le maître. Il nous a suggéré cette thèse et nous a guidé dans sa rédaction. Nous osons espérer qu'elle sera le fidèle reflet de son enseignement, et l'humble témoin de notre reconnaissance.

Etude clinique

Les observations qui précèdent nous montrent un premier fait : la variété des localisations des douleurs tardives extra-épigastriques. Ces douleurs qui ne semblent pas affecter les membres, se manifestent dans le thorax ou l'abdomen en des points ordinairement très éloignés de l'épigastre. Le siège thoracique paraît le plus habituel et nous savons que les névralgies intercostales ont été depuis longtemps signalées au cours des affections de l'estomac. Cependant, si nous essayons d'établir une hiérarchie de fréquence des points douloureux, nous constatons que la douleur de la fosse iliaque droite vient en premier lieu. Nous verrons, d'autre part, que la douleur tardive a bien ses raisons de préférer la région de l'appendice et du cœcum. Quant aux douleurs thoraciques, elles ne semblent pas avoir de prédilection marquée, et on les voit aussi bien se manifester à gauche qu'à droite, dans la région supérieure qu'au niveau des dernières côtes. Cependant, et bien que le nombre des observations que nous publions ne soit pas suffisant pour nous permettre d'en tirer des déductions franches, la localisation thoracique droite nous semble *a priori*, sinon

exceptionnelle, du moins plus anormale que la localisation gauche.

Un fait qu'il importe de signaler, c'est que ce sont bien des douleurs extra-épigastriques et non des irradiations simples d'une douleur épigastrique légère et passée inaperçue. Les malades qui font l'objet de nos cinq observations ne souffraient pas de l'estomac et n'en avaient même jamais franchement souffert. Leurs douleurs siégeaient loin de la région épigastrique et elles irradiaient dans différentes directions. Mais, chose curieuse, pas une fois ne fut notée une irradiation à l'épigastre, qui eût pu être interprétée comme un lien d'origine. Bien plus, deux d'entre eux, M^{me} H... et M. K..., ne présentaient même pas cette sensibilité du plexus solaire à la pression que l'on a cependant l'habitude de considérer comme accompagnant nécessairement la douleur tardive.

On a vu, d'autre part, quelle difficulté avait été le diagnostic des cas S... et H...

M. S... était un migraineux qui, suivi pendant plusieurs années, n'avait jamais accusé de troubles digestifs, à peine de loin en loin quelque diarrhée ou digestion pénible. Il vint un jour consulter pour une intense névralgie intercostale que ne motivait aucune lésion thoracique, et rien dans l'interrogatoire, ni l'examen, ne révélait la moindre atteinte gastrique. Il fut soigné plusieurs mois sans résultat, jusqu'au jour où un de ses amis médecin, frappé par l'horaire tardif et la régularité de cette douleur, soupçonna un syndrome pylorique et tenta l'épreuve thérapeutique.

Mme H..., au contraire, avait de multiples raisons pour souffrir de sa fosse iliaque droite. C'était une de ces malades qui ne se rappellent pas ne pas avoir été constipées. Outre cela, elle avait fait un abcès du ligament large gauche, elle avait un rein droit flottant, une métrite chronique, et l'on ne songeait pas à s'étonner qu'elle n'accusât point la plus petite douleur à la palpation de son épigastre. La fosse iliaque était douloureuse surtout dans la région appendiculaire, et le diagnostic hésitait entre appendicite, typhlite et même crise rénale douloureuse. Il ne put être fait qu'après plusieurs mois, au cours d'une période de douleurs qui dura trois semaines. M. Savignac, frappé de ce que sa malade le faisait appeler toujours à la même heure et à une heure tardive, fit le diagnostic de syndrome pylorique, et l'épreuve thérapeutique confirma son opinion.

Un cas beaucoup plus curieux par sa singularité et par les questions qu'il soulève, est celui de M. G...

Ce malade, névropathe indubitable, et ceci a peut-être une grande importance dans le déterminisme de la douleur, fit, une première fois, un ulcus de la petite courbure, qui se manifesta par des douleurs tardives à forme névralgique de l'hémithorax supérieur gauche.

Quatre ans après, le même malade était atteint d'un nouvel ulcère, mais cette fois duodénal, et cet ulcère duodénal se signalait par des douleurs épigastriques.

Est-ce à dire que les localisations extra-épigastriques soient l'apanage exclusif du syndrome pylorique ou pour le moins de la souffrance gastrique ? Pour ce qui est du syndrome pylorique, la question est jugée. Nous avons

vu, en effet, que toutes les douleurs gastriques pouvaient présenter de semblables anomalies. Quant au duodénum, il est aussi capable de crier sa souffrance hors de l'épigastre, et l'observation V en est un exemple typique. Chez M. K..., en effet, la douleur était perçue à gauche, en un point étroitement localisé à l'intersection du rebord costal inférieur et de la ligne axillaire antérieure, d'où elle irradiait entre les deux épaules et vers la fosse iliaque. Il n'existait aucune douleur, tant subjective qu'objective, de la région épigastrique. En outre, cette observation très significative, nous montre quelle cause d'erreur renferme tout procédé de détermination d'une lésion gastrique par le siège de la douleur. Au seul examen clinique, cette douleur de l'hypocondre gauche, tardive, régulièrement journalière et périodique, était apparue comme une douleur d'ulcus et d'ulcus de la grande courbure, une de ces douleurs viscérales que G. Leven a décrites et qu'il oppose aux douleurs solaires. La radiographie montra que c'était aller trop loin et que seul le diagnostic d'ulcus était autorisé, en pareil cas, à l'examen clinique.

Mais s'il n'est pas possible d'inférer de la localisation de la douleur, la situation de la lésion, le fait étrange de voir la douleur changer de siège chez le même sujet et à l'occasion d'une récurrence ou d'une recrudescence, semble bien cependant autoriser à en déduire une nouvelle position ou un changement de condition de la lésion.

D'un point de vue plus général, il apparaît que les douleurs thoraciques, qu'elles soient localisation primitive ou irradiation, sont la propriété exclusive des affec-

tions abdominales de l'étage supérieur. Et nous ne considérons ici que les douleurs somatiques, les douleurs névralgiques de la paroi thoracique, et non les douleurs viscérales, bien que celles-ci soient également liées plus étroitement, telle la douleur angineuse d'origine digestive, aux affections de l'estomac. Les douleurs du foie et de la vésicule biliaire irradient vers l'épaule droite, celles de la rate et du pancréas vers l'épaule gauche. Les douleurs de l'ulcère duodénal se projettent dans la région interscapulaire, et nous avons vu que les douleurs thoraciques atteignent leur maximum de fréquence avec les troubles gastriques. Au contraire, les douleurs rénales ont des irradiations descendantes vers le bassin, les organes génitaux, le membre inférieur, les douleurs coliques ou appendiculaires irradient dans l'abdomen, et la douleur du membre inférieur n'est pas rare dans les troubles coëaux ou appendiculaires.

L'impression qui se dégage de cette discussion générale, c'est que le diagnostic étiologique des douleurs tardives extra-épigastriques sera le plus souvent difficile, tant à cause de la variété et de l'irrégularité du siège de ces douleurs, que de l'absence de troubles gastriques et même digestifs concomitants.

Nous avons signalé, en effet, que les malades dont les observations sont ici rapportées, n'avaient jamais accusé de souffrance gastrique. Plus encore, chez deux d'entre eux (observations III et V), la palpation de l'épigastre était absolument indolore.

Aussi le diagnostic sera-t-il rarement obtenu d'emblée. Le plus souvent, le médecin restera en arrêt sur la cons-

tation d'une névralgie intercostale, qu'il qualifiera d'essentielle parce qu'il n'en connaîtra pas l'essence, ou il s'égarera dans un diagnostic d'appendicite, erreur d'autant plus facile que bien souvent une affection concomitante ou primitive du cœcum ou de l'appendice aura été la raison de localisation de la douleur tardive dans la fosse iliaque droite.

En cette occurrence, le praticien se trouvera bien d'être un clinicien averti, c'est-à-dire qui recherche le symptôme, le provoque, va au-devant de lui plutôt que de l'attendre. « Il faut y penser », voilà, suivant l'axiome classique si riche de sens et de bon sens, la première condition de ce diagnostic.

Cependant un signe donnera l'éveil : le rythme de la douleur.

Une douleur sans cause apparente qui, chaque fois à la même heure, tardivement après le repas, torture le malade averti et qui voit venir sa souffrance, cette douleur n'appartient qu'à l'estomac. Les douleurs de la lithiasie biliaire, les douleurs des dyspepsies secondaires, sont en général à horaire précoce et surtout irrégulier. Cette régularité du rythme a sa raison dans la régularité de la cause, qui est l'évacuation de l'estomac. De même l'urinaire souffre lorsqu'il vide sa vessie, et le malade atteint de fissure à l'anus lorsqu'il évacue son rectum. Mais la douleur gastrique a ceci de particulier, que sa cause étant absolument soustraite à l'influence de la volonté, elle traduit fidèlement le rythme régulier de la vie végétative.

L'attention attirée du côté d'une lésion gastrique, il

suffira d'interroger avec soin le malade, pour découvrir souvent un passé de troubles dyspeptiques discrets et oubliés, troubles banaux et négligeables il est vrai, en d'autres circonstances, mais qui prendront dans ce cas une valeur et une signification toutes spéciales.

Il ne faut pas davantage, nous l'avons vu, s'attendre à obtenir de l'examen clinique une réponse précise ou définitive. La palpation montrera souvent une absence totale de sensibilité douloureuse à l'épigastre, la douleur objective ayant même siège que la douleur subjective. Parfois même, comme dans les observations II et III, une lésion non douteuse de la zone douloureuse viendra justifier la douleur et un diagnostic erroné. D'autres fois enfin, une douleur à la pression de l'épigastre attirera l'attention vers une affection gastrique dont l'épreuve thérapeutique apportera la confirmation.

L'épreuve des alcalins est, en effet, la pierre de touche de ce diagnostic, et elle est couramment utilisée pour reconnaître l'origine gastrique d'une douleur dont la cause reste indéterminée. La terre sigillée, dont Jean Scultet, en 1622, signalait déjà l'efficacité, et surtout le bismuth, ont aussi des effets remarquables et qui entraînent la certitude.

L'origine gastrique de la douleur tardive une fois reconnue, reste à déterminer la nature de la lésion. Or, les affections susceptibles de se traduire par des douleurs tardives, sont multiples et très diverses.

Et tout d'abord, le fait d'avoir établi cette origine gastrique, élimine la cause d'erreur qui pourrait tenir à l'existence de douleurs abdominales plus ou moins tar-

dives, telles qu'on en rencontre dans les maladies du foie (lithiase), du rein (lithiase), ou de l'intestin (cœcum ou appendice), douleurs pouvant s'accompagner de manifestations gastriques. Le diagnostic sera cependant beaucoup plus difficile dans les cas de lithiase vésiculaire ou d'appendicite entraînant une dyspepsie secondaire avec syndrome pylorique vrai.

Parmi les troubles gastriques s'exprimant par la douleur tardive, il sera facile de distinguer les états passagers, tels que les crises d'hyperchlorhydrie. Le diagnostic sera moins aisé des états dyspeptiques évoluant par crises paroxystiques : gastrites chroniques, hyperchlorhydries éliminatrices des néphrites chroniques chlorurémiques et certains épisodes des dyspepsies par ptose gastrique.

Notons au passage, la possibilité de syndrome pylorique par spasme essentiel.

Mais la cause la plus fréquente de la douleur tardive, est l'ulcère, et surtout l'ulcère de l'estomac. Par suite de sa prédilection, pour la région juxta-pylorique, l'ulcère se manifeste presque toujours par des douleurs tardives. Le diagnostic ne pourra être fait le plus souvent qu'avec le concours de tous les moyens d'investigation clinique, radiologique et chimique.

Cependant, dans certains cas, la seule observation clinique permettra d'affirmer presque à coup sûr la présence d'ulcus. C'est lorsque la douleur tardive se présentera avec cette évolution parfaitement rythmée, qu'a signalée M. Savignac (*Paris-Médical*, 12 janvier 1924).

Des douleurs tardives survenant par périodes prolongées

gées de huit, quinze jours, un mois et plus, séparées par des intervalles de calme prolongés également, et la période douloureuse étant essentiellement caractérisée par la reproduction journalière des douleurs, ces douleurs constituent un « symptôme typique d'ulcus gastrique ou duodénal ». « Au contraire, le syndrome de douleurs tardives irrégulières, plus ou moins constantes, ou même revenant par périodes, nous portera à éliminer l'ulcus et à penser plutôt à une dyspepsie secondaire ».

Il apparaît ainsi, nettement, que la localisation dans le temps de la douleur tardive a, du point de vue diagnostique, une valeur beaucoup plus grande que sa localisation dans l'espace. Peu important le caractère de la sensation et son siège et ses irradiations. Il nous suffit de savoir que la douleur dont se plaint le malade, est à horaire tardif et calmée par les alcalins, pour comprendre que nous avons affaire à un syndrome pylorique.

Une dernière question se pose : Toute douleur tardive peut-elle donner lieu à localisation extra-épigastrique ? Sans pouvoir apporter une affirmation qui devrait, pour être fondée, reposer sur un nombre plus grand d'observations ; cependant, la variété des lésions dont témoignent les observations précitées, nous permet de penser *a priori*, que tout syndrome tardif, quel qu'il soit, peut se manifester primitivement et exclusivement par des douleurs extra-épigastriques.

Enfin, il est superflu d'ajouter que le traitement des douleurs tardives ne sera pas modifié, du fait de leur localisation anormale. On guérira la douleur tardive extra-épigastrique comme on guérit la douleur tardive

épigastrique, en s'attaquant à sa cause. Pour cela, les alcalins, le bismuth, le haolin, feront, une fois de plus, la preuve de leur efficacité.

Essai de pathogénie

Ce n'est certes point un fait isolé en pathologie, que ces localisations extra-épigastriques de la douleur tardive, et les exemples ne sont pas rares de semblables anomalies de siège d'une douleur organique. La douleur du genou dans la coxalgie, la douleur à distance de l'appendicite aiguë, le point de côté abdominal de la pneumonie infantile, en sont les types les plus fréquents. Et toutes posent le même pourquoi, expression du même étonnement et de la même curiosité.

Il ne nous appartient pas, et nous n'avons pas la ridicule prétention de trancher une question que n'ont pu entamer les discussions les plus savantes. Nous désirons seulement, à la lumière des théories admises, essayer d'éclairer le sujet qui nous occupe et superposer aux faits que nous apportons, des hypothèses déjà faites.

La constatation de douleurs tardives extra-épigastriques, telles que nous les avons présentées, pose une double interrogation :

Pourquoi cette douleur hors de l'épigastre ?

Pourquoi l'absence de douleur proprement gastrique ?

A l'éclaircissement de la première question, deux théo-

ries peuvent être proposées : une théorie viscérale et une théorie nerveuse.

Les réactions viscérales à distance, sont des phénomènes bien connus, dont les crises d'angor d'origine digestive, ou les accidents syncopaux, des coliques hépatiques ou néphrétiques, représentent les exemples les plus courants. Sans doute l'action du système nerveux et surtout du sympathique, n'est-elle pas absente de la scène de semblables manifestations. Mais son rôle est alors simplement de conduction. Ce n'est pas le nerf qui souffre, c'est le viscère qui renvoie l'écho de la souffrance transmise par le nerf.

Il ne faut pas confondre avec ces réponses de viscères différents et souvent éloignés, les douleurs anormales dépendant d'une situation irrégulière de l'organe en cause, situation due à une ptose le plus souvent insoupçonnée et que l'examen radioscopique révèle.

MM. G. Leven et G. Barret ont signalé, en effet, « les faux diagnostics d'appendicite » portés chez des malades ayant « un estomac allongé et dévié de façon telle, que la région pylorique atteint le point de Mac Burney ».

Parmi les cas présentés ici, deux seraient passibles de cette interprétation, la douleur y étant abdominale et même localisée à la fosse iliaque droite. Mais dans l'un des deux au moins (observation II), l'examen radioscopique a montré que la situation du pylore, non plus que d'une autre région de l'estomac, ne coïncidait avec le siège de la douleur. Pour le second (observation III), où la radioscopie n'a pu être pratiquée, la ptose pourrait être admise *a priori*, étant bien entendu qu'elle n'était

pas la seule raison des douleurs qui ressortissaient en même temps à un trouble colique. Nous retenons, en outre, des faits signalés par MM. Leven et Barret, que c'est bien, et avant tout, le pylore, qui souffre dans un estomac malade. Mais revenons aux réactions viscérales à distance.

C'est par elles que l'on a expliqué les localisations déconcertantes de la douleur dans la crise d'appendicite aiguë. L'appendice et le cœcum, sidérés par l'attaque microbienne, restent silencieux et les contractions spasmodiques douloureuses vont se manifester en un point éloigné du tractus digestif. De plus, phénomène remarquable, c'est le plus souvent l'estomac qui répond à l'appel de l'appendice, car cette douleur à distance se localise surtout à l'épigastre. Et nous apercevons ici, en même temps que l'existence de réactions viscérales éloignées, l'étroite synergie qui relie l'appendice à l'estomac et les confond souvent dans la même souffrance. Nous savons d'ailleurs que cette subordination de l'estomac aux troubles cœco-appendiculaires, peut aller plus loin encore et que beaucoup de dyspepsies vraies, même avec syndrome pylorique, reconnaissent pour cause une appendicite chronique. Dès lors, nous ne voyons pas pourquoi cette sympathie ne serait pas mutuelle et pourquoi une souffrance de l'estomac n'irait pas s'inscrire dans la fosse iliaque droite, tout comme une douleur appendiculaire se reflète sur l'épigastre.

De quelle nature serait alors la douleur tardive de la fosse iliaque droite ? Elle pourrait être, certes, une douleur purement nerveuse et réflexe, comme celles que

nous envisageons plus loin, et surtout dans les cas où elle est nettement localisée au point de Mac Burney (observation II). Une telle pathogénie a été invoquée pour expliquer le point de côté abdominal de la pneumonie infantile dans ses manifestations les plus légères. Mais ce pourrait être aussi une réaction viscérale et péritonéale vraie ; une colique appendiculaire par spasme et congestion passagers. Cette interprétation est d'autant plus attrayante que dans les deux cas relatés ici (observations II et III), il y avait en même temps des troubles cœco-appendiculaires nets et fort capables d'entretenir un état de congestion et de réceptivité douloureuse du cœcum et de l'appendice. Mieux encore, dans l'un de ces cas (observation III), la crise douloureuse de la fosse iliaque droite s'accompagnait de selles non diarrhéiques, conséquence et témoin de contractions péristaltiques indiscutables. Suivant l'heureuse expression de M. J.-Ch. Roux, cette malade, au lieu de faire à l'estomac ses douleurs coliques, faisait au côlon ses douleurs gastriques.

Mais si des réactions viscérales à distance et des spasmes intestinaux peuvent parfaitement expliquer une localisation abdominale de la douleur, il n'en va pas de même de la névralgie thoracique pariétale. Il semble bien qu'ici la douleur ait un caractère purement nerveux. C'est un nerf intercostal qui souffre et non pas un viscère ou la paroi thoracique toute entière ; la localisation précise de la douleur en un point, où sur tout le trajet d'un nerf intercostal, l'indique clairement. Et si cette douleur a parfois des irradiations plus variées qu'une névralgie

intercostale ordinaire (observation V), c'est que le trouble pylorique qui l'engendre peut se répercuter sur plusieurs nerfs à la fois, soit par retentissement médullaire, soit pas la voie des anastomoses qui unissent entre eux les nerfs intercostaux, ou ces nerfs intercostaux au sympathique.

Déjà, en 1840, Bassereau (Thèse de Paris, 1840) reconnaissait que « la névralgie intercostale est le plus souvent symptomatique de l'affection de quelque viscère dont la souffrance est transmise aux nerfs intercostaux par les anastomoses que le grand splanchnique a avec eux ».

Head admet également que toute douleur viscérale peut se projeter sur un territoire déterminé de la peau, mais suivant un mécanisme différent de celui qu'invokait Bassereau. Les faisceaux sympathiques irrités par la lésion du viscère, transmettent cette irritation par les rami communicantes au segment correspondant de la moelle, et le malade attribue sa douleur à la région cutanée dont ce segment médullaire est le récepteur habituel. Ainsi, l'amputé de jambe, continue-t-il à souffrir du pied absent. Plus encore, cette irritation, par les neurones d'association médullaires, peut aller influencer un segment médullaire éloigné de la terminaison des fibres sympathiques intéressées et c'est ainsi qu'on a expliqué la douleur au point de Mac Burney sans résistance de la paroi dans la pneumonie de l'enfant. MM. Gubergritz et Istscherko, de Kiew, ont même repris tout dernièrement (Klin. Woch., 16 décembre 1924) une méthode imaginée par Von Bergmann, Lawen et Kappis, pour reconnaître

le viscère malade, point de départ de la douleur, en déterminant le segment médullaire sur lequel est projetée cette douleur. Une injection de novocaïne dans le foramen intervétébral, anesthésie le segment médullaire en cause et ce segment une fois connu, on déduit de ses relations anatomiques la situation de l'organe provocateur.

Cependant, comme le fait remarquer M. Laignel-Lavastine, cette interprétation médullo-cérébrale du point douloureux « explique mieux les douleurs irradiées, spontanées, que les douleurs à la pression et l'hyperesthésie cutanée ». Il en va de même des douleurs anormales subjectives qui nous intéressent, car, nous l'avons vu, la douleur tardive extra-épigastrique est souvent, sinon toujours, à la fois objective et subjective.

Mais qui ne voit que l'irritation ainsi transmise par les nerfs sympathiques à un segment médullaire, pourrait l'être tout aussi bien à un autre segment médullaire ou à d'autres nerfs, par la voie des anastomoses ? Les modifications chimico ou physico-biologiques, qui sont la raison intime et mystérieuse de la sensation douloureuse, n'arrivent pas directement à la moelle. Le neurone sympathique a son centre cellulaire dans le ganglion sympathique et c'est ce centre qui est directement influencé par les variations physiologiques ou pathologiques. Et si ce centre est capable de réfléchir les variations sur tel segment médullaire par l'intermédiaire d'un ou plusieurs neurones d'association, pourquoi ne les pourrait-il tout aussi bien, et par ricochet, transmettre aux branches antérieures des nerfs spinaux issus des territoires cutanés où se manifesterait la douleur. De même,

et sans plus de difficulté, les mêmes variations pourraient être transportées, par voie d'anastomose, des nerfs sympathiques aux nerfs spinaux, ou de nerf spinal à nerf spinal.

Voilà comment peut être comprise la conduction de la sensation douloureuse en un point éloigné de la lésion qui la provoque. Mais qui nous dira pourquoi cette douleur s'arrête ici plutôt que là, à l'épaule gauche plutôt qu'à l'épaule droite, ou dans la fosse iliaque ? Nous avons déjà vu qu'il n'était pas actuellement possible d'en trouver la raison dans le siège ou la nature de la lésion. Il serait, d'autre part, trop facile de supposer des anomalies anatomiques plus ou moins ingénieusement disposées.

Un fait, cependant, nous semble devoir jeter quelque lumière sur ce point : la constatation, du moins pour ce qui est de la fosse iliaque droite (observations II et III) de lésions préexistantes ou concomitantes, dans la zone douloureuse. Il est assez satisfaisant d'admettre que ces lésions exaltant la sensibilité d'un viscère, ou d'un tronc nerveux, ou d'un segment médullaire, suivant que l'on remonte plus ou moins haut sur la voie douloureuse, les ont rendus aptes à vibrer au moindre appel et à réfléchir une douleur qui n'éveillait ailleurs aucun écho. Cependant, à moins d'admettre *a priori*, l'influence de lésions silencieuses et méconnues capables de se révéler un jour par ce seul acte de fixation d'une douleur sans domicile, l'explication proposée ne vaut que pour des cas particuliers, et il nous paraît bien difficile de justifier ainsi les localisations thoraciques des observations I, IV et V.

Nous avons essayé de comprendre la raison de la loca-

lisation extra-épigastrique de la douleur tardive. Reste la deuxième question posée : Pourquoi l'absence de douleurs proprement gastriques ?

S'il était difficile de répondre à la première question, celle-ci apparaît pour le moins aussi embarrassante.

Admettons-nous, comme M. G. Leven, que si l'estomac ne réagit plus, c'est parce que l'excitation du centre solaire est « épuisée à cause de l'ancienneté de cette excitation » ? Cette opinion ne nous semble pas s'appliquer à tous les cas, et, pour ce qui nous occupe, l'absence ou la bénignité des troubles dyspeptiques antécédents, n'autorise guère semblable interprétation. D'ailleurs, même s'il en était ainsi, il resterait encore à déterminer pourquoi certains estomacs arrivent à rejeter si promptement et loin d'eux leur douleur, alors que d'autres s'y complaisent et ne s'en séparent jamais. A vrai dire, la raison de pareilles anomalies nous échappe complètement.

Outre les facteurs d'ordre purement local, invoqués jusqu'ici, il y aurait lieu cependant d'envisager des causes générales. L'influence d'un état général prédisposant peut être, en effet, relevé dans deux de nos observations.

Le malade de l'observation I était un migraineux, et tout permettait de rapporter à cet état les douleurs tardives dont il souffrait. Le diagnostic de Gastroxynsis de Rosbach, accès migraineux de A. Mathieu, s'imposait. Or, on sait avec quelle facilité les migraineux transposent leurs accès en des manifestations différentes, et de quelle richesse de localisation ils disposent.

Le second de ces malades (observation IV), était un névropathe, chez qui certaines extravagances (exhibi-

tionnisme, mégalomanie), avaient même fait supposer un début de paralysie générale. Il n'est pas invraisemblable que ce déséquilibre mental ait eu des répercussions importantes dans les centres médullaires et le système nerveux végétatif, au point de les amener à imiter les bizarreries du système cérébral.

Quoi qu'il en soit, les faits que nous apportons, ne nous permettent pas de dégager une loi générale des rapports des lésions organiques avec les sensations douloureuses qu'elles engendrent. Force nous est d'admettre pour l'instant que les causes sont multiples qui peuvent déterminer des anomalies de la douleur et en particulier des douleurs tardives extra-épigastriques.

Quant au mécanisme des localisations à distance, il peut, pour ce qui est des douleurs tardives, se concevoir sous deux modes différents : soit projection de la douleur sur un autre organe lésé lui-même le plus souvent, donc douleur viscérale ; soit douleur nerveuse déclenchée par ébranlement de proche en proche, dans un territoire médullaire ou sympathique éloigné.

Aussi loin que nous allions dans le domaine des interprétations, nous n'avons, pour éclairer notre route, que des hypothèses bien difficiles à vérifier. Cependant, l'hypothèse est un puissant viatique pour l'esprit plus audacieux et curieux que fort et éclairé, et c'est toujours à l'hypothèse qu'il a recours, car il ne voit jamais le bout de la route.

Observations

OBSERVATION I

DOULEURS TARDIVES THORACIQUES DROITES. — MIGRAINES.

M. S... vient consulter pour la première fois, le 16 février 1913.

Souffre de migraines depuis l'âge de 7 ans. Migraines avec céphalée, parfois atroces, sans vomissement ni photophobie, calmées par le pyramidon.

Digestions un peu pénibles ou prolongées. Pas de constipation. Diarrhée parfois. Teint pâle, un peu jaune et plombé. Langue sale.

Examen de l'abdomen négatif, sauf foie très légèrement sensible.

28-1-20. — Vient consulter pour névralgie intercostale droite.

Un examen minutieux ne révèle aucune lésion pulmonaire ni thoracique. Le malade est revu le 27-2-20, son état ne s'est pas amélioré.

23-11-20. — Douleurs névralgiques de plus en plus violentes, siégeant à droite en dehors de l'omoplate jusqu'en avant, au-dessus du sein droit, en demi-ceinture. Douleurs très violentes à maximum tardif (5 à 6 heures après le repas), souvent à 10 heures, mais jamais le soir. Jamais de douleurs gastriques, vomissements, ni autres troubles gastriques. Grand abus d'aspirine. Un traitement électrique procure une amé-

lioration considérable et l'on pense à de l'aérophagie avec fermentations intestinales.

Le Dr Babinski, consulté, soupçonne une affection de l'estomac et prescrit un traitement qui reste sans effet. Le malade continue à souffrir jusqu'au jour où un médecin ami, frappé de la régularité du rythme des douleurs, tente, à tout hasard, un traitement par la craie. La douleur disparaît complètement.

Au dernier examen, le malade qui a cessé la craie depuis un mois, et le régime depuis quinze jours, ne souffre plus. Sensibilité épigastrique légère jusqu'à droite, avec légère défense du grand droit droit.

Diagnostic probable : Gastroxynsis de Rosbach, accès migraineux de A. Mathieu.

OBSERVATION II

DOULEURS TARDIVES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE. — ULCUS PRÉPYLORIQUE. — APPENDICITE CHRONIQUE AVEC GROS CÆCUM ET STASE ILÉALE PROBABLE.

M. C..., vu le 23 mars 1922.

Bon état gastro-intestinal jusqu'à ces dernières années. Les troubles ont débuté par une sensation de boule épigastrique. On relève dans les dernières années une douzaine de vomissements nocturnes n'entraînant aucun trouble de la santé.

Souffre depuis octobre dernier de douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiant dans le ventre et, en arrière, dans le dos, la fesse et les lombes ; pas d'irradiation dans la jambe, le testicule, la vessie, ni le rectum. Ces douleurs, irrégulières au début, sont actuellement quasi-constantes et présentent deux ou trois heures après le repas un maximum très net. Constipation.

Examen : Sensibilité épigastrique très vive, sans défense de

la paroi. Clapotage léger. Foie normal. Cœcum gros, gargouillant, tympatique, avec douleur très vive et bien localisée sur sa face interne, exactement au point de Mac Burney, mais sans défense de la paroi.

Examen radioscopique : Estomac hypertonique. Pylore effacé, spasmodique. Douleur précise au pylore. Evacuation après décubitus latéral droit.

Radiographie : Encoche prépylorique.

Selles : Réactions de Mayer et de Weber négatives.

Conclusion : Ulcus prépylorique probable. Appendicite chronique avec gros cœcum et probablement stase iléale.

Régime hydro-carboné. Paraffine. Bismuth.

Le malade est revu douze jours plus tard. Les douleurs ont disparu ; le malade a des selles régulières ; il se sent plus fort et a engraisé.

A l'examen, on ne trouve plus qu'une sensibilité épigastrique légère. Aucune douleur à la palpation de la fosse iliaque droite. Le tympanisme cœcal persiste.

OBSERVATION III

DOULEURS TARDIVES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE. — CONSTIPATION. — APPENDICITE PROBABLE.

M^{me} H... vient consulter pour la première fois, le 25 janvier 1909.

Fièvre typhoïde à 10 ans. Première grossesse à 26 ans, albuminurie, infection post-partum et curettage, abcès du ligament large gauche (ouverture vaginale et abdominale). Deuxième grossesse à 28 ans, albuminurie sans complication. Métrite depuis.

La malade dit avoir été toujours constipée. Elle présente depuis très longtemps des crises de coliques douloureuses, partant de la fosse iliaque droite, s'irradiant vers le rein et

dans le ventre et s'accompagnant de vomissements alimentaires, puis bilieux, ou d'eau très acide. Ces douleurs surviennent après fatigue, souvent à minuit, et tendent à être de plus en plus fréquentes. Depuis trois mois, une à deux crises douloureuses par semaine.

Examen : Douleur très vive de la fosse iliaque droite, surtout dans la région appendiculaire, mais sans tumeur ; douleur de la région périombilicale droite rapportée au rein posé que l'on sent dans cette région.

Conclusion : Néphroptose droite et peut-être appendicite.

Le port d'une ceinture est ordonné ainsi qu'un traitement de la constipation. La constipation avait diminué et les crises douloureuses n'avaient réapparu que trois fois au mois de septembre suivant.

14-11-09. — Depuis trois semaines la malade est prise, deux à trois heures après les repas, les matins parfois, mais surtout l'après-midi et le soir, d'une crise de douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiant dans le flanc et vers le rein, quelquefois excessivement violentes et s'accompagnant alors de vomissements alimentaires, de selles non diarrhéiques et même d'envie d'uriner non douloureuse. Les crises sont plus ou moins violentes, mais à horaire fixe ; elles sont calmées un instant par l'ingestion d'aliments et toujours par le repas suivant et par le vomissement.

Pas de troubles stomacaux.

Examen : Pas de sensibilité épigastrique, hépatique, ni vésiculaire. Pas de défense de la paroi abdominale. Sensibilité dans tout le bas-ventre, mais surtout à droite où l'on sent un cordon.

Le Docteur Savignac, frappé de ce fait que c'est toujours à la même heure de l'après-midi que la malade le fait appeler, pense à une affection gastrique et prescrit des alcalins et le régime lacté. L'état de la malade est très amélioré par ce traitement. Les douleurs tardives de la fosse iliaque droite sont calmées dès leur apparition par la poudre alcaline.

Reste une légère sensibilité à la palpation de la fosse iliaque droite avec corde colique. Pas d'autre douleur objective abdominale.

Le Docteur J.-Ch. Roux est consulté, qui diagnostique : Colite droite avec peut-être légère appendicite et gastrite certaine ; « au lieu de faire à l'estomac ses douleurs coliques, elle fait au côlon ses douleurs gastriques ». Gastrite irritative ou par insuffisance d'élimination chlorurée.

Le dosage ultérieur des chlorures montre une élimination normale.

La malade continue à se bien porter un mois durant, mais elle prend du pain pendant quelques jours et les douleurs reviennent de plus en plus fortes. Ces douleurs siègent dans la région appendiculaire et irradient en lame transversale sus-ombilicale et dans le dos. Elles se reproduisent tous les jours et même plusieurs fois par jour, deux à trois heures après les repas. Garde-robe journalière et bonne.

L'examen montre alors une sensibilité du cœcum, du côlon ascendant et surtout du côlon transverse perceptibles et légèrement spasmodés. Sensibilité des plexus péri-ombilicaux. Très légère sensibilité du plexus solaire. Pas de clapotage deux heures après la prise de lait.

Les douleurs sont diminuées mais non supprimées par la médication alcaline jusqu'au jour où une pction au bismuth ayant été prescrite, elles cessent complètement.

OBSERVATION IV

ULCUS DE LA PETITE COURBURE AVEC DOULEURS TARDIVES THORACIQUES GAUCHES. — ULCUS DUODÉNAL AVEC DOULEURS TARDIVES ÉPIGASTRIQUES.

M. G... vient consulter en octobre 1916.

Gros mangeur. Ethylique. Dit avoir eu, il y a trois ans, une crise de douleurs très violentes avec vomissements.

Vient d'être pris à nouveau de douleurs très fortes siégeant dans l'hémithorax gauche, en arrière et en avant au sternum au niveau de l'angle de Louis. Ces douleurs se reproduisent tous les jours tardivement après les repas. Elles s'accompagnent de vomissements de filets de sang. Melaëna.

L'examen ne décèle qu'une douleur vive sous les côtes gauches.

Réaction de Weber franchement positive.

Le repos, le régime, le traitement au bismuth et aux alcalins, améliorent considérablement l'état du malade qui garde seulement, à la palpation, une légère douleur épigastrique, une sensibilité dorsale vive à gauche et une sensibilité sous-costale antérieure gauche légère.

En été 1917, rechute marquée par les mêmes douleurs avec vomissements de sang et hémorragies occultes (Weber positif). Repos, régime, sangle, et le malade quelque temps après va très bien et ne ressent qu'une douleur à l'omoplate gauche de temps à autre. Il engraisse malgré soucis et fatigue.

Une radiographie est pratiquée en janvier 1918. Elle montre une brusque rétraction angulaire à la partie supérieure de la petite courbure douloureuse à la pression. Pas de lacune, ni autre déformation. Pas d'autre point douloureux. Conclusion : Ulcus de la petite courbure.

12-7-18. — Aucune douleur, malgré soucis et fatigue et trois semaines passées sans régime. Seulement un peu de ballonnement et sensation de poids à l'épigastre. Pas de mélaëna. Pas de renvois. Bon appétit. A gagné 4 kilos.

Le malade est revu en décembre 1922.

Caractère bizarre et grossier. Exhibitionnisme. Masturbation. Excès génitaux. Voit un peu grand en affaires. Allait assez bien. Wassermann négatif. Pas de troubles réflexes. Il a dû faire au mois de juillet précédent un séjour dans une maison de régime pour crise légère. A été pris, il y a un mois, de douleurs dans l'hémithorax inférieur gauche, douleurs très vives calmées par de grands bains et accompagnées de vomissements « civet de lièvre ».

Examen : Les inspirations profondes amènent sous la main qui palpe sous les côtes gauches une région un peu résistante et douloureuse. Pas de clapotage.

Déc. 1923. — Dit souffrir à peu près continuellement et depuis un an. Actuellement, douleurs irrégulières survenant tous les deux, trois, cinq jours, sans horaire bien net, plutôt tardif, souvent le soir, et la nuit vers deux heures du matin. Douleurs violentes, siégeant à l'épigastre et irradiant vers l'ombilic et l'omoplate gauche ; calmées momentanément par les alcalins et complètement par le vomissement ; vomissement alimentaire lorsqu'il est précoce, acide lorsqu'il est tardif.

Radioscopie : Hyperkinésie gastrique. Evacuation rapide. Dilatation de l'antrum pylorique. Point douloureux pyloro-duodénal. Image du bulbe duodénal qui fait conclure à un ulcère duodénal de la petite courbure.

Une gastro-entérostomie postérieure est pratiquée en janvier 1924. On trouve un ulcère cicatrisé de la petite courbure et un ulcère duodénopylorique large, adhérent au foie et au pancréas, dont l'extirpation ou l'exclusion sont impossibles.

OBSERVATION V

DOULEURS TARDIVES DE L'HÉMITHORAX INFÉRIEUR GAUCHE. — ULCÈRE DUODÉNAL.

M. K..., 25 ans. Abus éthylique. Tachyphage.

Débuts des troubles il y a cinq ans par renvois acides auxquels ont bientôt succédé des douleurs vraies. Ces douleurs siègent à gauche au niveau de l'intersection de la ligne axillaire antérieure et du rebord costal ; de là elles irradient vers la fosse iliaque gauche et dans le dos, entre les épaules. Jamais de douleur dans la région sus-ombilicale. Les douleurs apparaissent vers cinq heures du soir et la nuit vers minuit,

jamais le matin. Elles surviennent par périodes de quinze jours au moins, journalières pendant les périodes et suivies de phases de calme parfait durant de un à trois mois.

L'intensité des douleurs ainsi que la longueur des périodes sont allées croissant depuis le début. Pas de vomissements spontanés, mais le malade provoque parfois le vomissement pour calmer ses douleurs et rejette ainsi un liquide acide. Constipation habituelle très marquée.

Examen : Langue très saburrale. Sensibilité du rebord costal à gauche, étroitement localisée au siège des douleurs subjectives. Sensibilité des plexus lombo-aortiques et iliaques. Pas de sensibilité épigastrique. Cœcum gangouillant légèrement sensible. Pas de clapotage, ni flot. Pas de sang rouge dans les selles.

Réactions de Meyer et de Weber très nettement positives par trois fois.

Tubage gastrique : H = 105 ; A T = 1,75.

Radiographies en série : Bulbe duodénal irrégulièrement déformé en madrépore. Ulcus duodénal.

Conclusions

Les localisations extra-épigastriques des douleurs tardives ne possèdent aucune signification pronostique spéciale et la raison profonde de leur pathogénie reste obscure. Mais leur importance est grande, du point de vue du diagnostic.

Elles nous montrent, en effet, que ni la localisation, ni le caractère de la sensation douloureuse, n'ont une grande importance et que la douleur tardive ne peut être exactement définie que par deux caractères :

1° Son horaire, que la douleur apparaisse tardivement après le repas ou présente une exacerbation tardive franche ;

2° La sédation nette, par ingestion d'alcalins ou d'aliments.

Connaissant ces deux traits essentiels et absolument caractéristiques de la douleur tardive et ne les perdant jamais de vue, le médecin sera assuré de dépister tou-

jours le syndrome pylorique, quel que soit le masque sous lequel il se dissimule, quel que soit le siège de la douleur.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

ROGER.

CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- CHANTEMESSE et LE NOIR. — Névralgies bilatérales et Dilatation de l'Estomac. — *Archives Générales de Médecine*, 1^{er} juillet 1885.
- SOUPAULT. — Traité des Maladies de l'Estomac, Paris, Bailière, 1906.
- J.-CH. ROUX. — In Manuel Debove-Achard-Castaigne, Paris, Masson, 1907.
- LE NOIR et AGASSE LAFONT. — In Nouveau Traité de Médecine, Paris, Masson, 1923.
- G. LEVEN. — La Dyspepsie, Paris, Doin, 1913.
- G. LEVEN et G. BARRET. — La Région Pylorique atteignant le point de Mac Burney. Les faux diagnostics d'appendicite. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de Paris*, 12 octobre 1909.
- Diagnostic d'appendicite et Radioscopie gastrique. — *Presse Médicale*, 1^{er} décembre 1909.
- G. LEVEN. — Appendicite et erreurs de diagnostic. — Rapport du Congrès français de Médecine, XVI^e session, Paris, 1922.
-



MA. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.





